

Denise G. A. M. Paranhos¹

Aline Albuquerque¹

A AUTONOMIA DO PACIENTE IDOSO NO CONTEXTO DOS CUIDADOS EM SAÚDE E SEU ASPECTO RELACIONAL

*Autonomy of the elderly patient in the context of
medical health care and its relational aspect*

¹Universidade de Brasília. Brasília/DF, Brasil.

Correspondência: Denise G. A. M. Paranhos. *E-mail*: paranhos.denise@uol.com.br

Recebido: 06/03/2017. Revisado: 21/06/2017. Aprovado: 18/09/2017.

RESUMO

O objetivo do presente artigo é analisar a autonomia do paciente idoso no contexto dos cuidados em saúde sob a perspectiva relacional. Embora normas nacionais e internacionais estabeleçam a necessidade de se estimular e respeitar a autonomia da pessoa idosa, poucas conquistas podem ser verificadas nessa seara, em especial no âmbito das relações médicas. A partir do estudo conceitual de autonomia sob diferentes pensamentos – quais sejam, a autonomia tradicional biomédica, a autonomia vista sob um prisma sociológico e a autonomia relacional defendida pelos direitos humanos –, procurou-se refletir sobre a situação do paciente idoso, duplamente fragilizado pela idade e pela doença, e cujo exercício da autonomia geralmente não é respeitado pelos profissionais da saúde e pelos familiares. Concluiu-se que o marco teórico mais adequado para caracterizar a autonomia do paciente idoso é o da autonomia relacional, pois só a partir do reconhecimento de sua especial vulnerabilidade e levando-se em conta seus valores, cultura, relacionamentos e contexto social é possível entendê-lo como um todo, integrá-lo ao processo de cuidados e, assim, motivá-lo a participar do tratamento. Os direitos humanos dos pacientes endossam a autonomia relacional e, para assegurar os direitos do paciente idoso, faz-se necessário o estabelecimento de uma rede de proteção social instituída por políticas públicas que tornem o paciente idoso visível e preservem sua dignidade, bem como motivem o exercício e o respeito de sua autonomia nas decisões que envolvam sua saúde.

Palavras-Chave

Autonomia Relacional; Autonomia Tradicional; Direitos Humanos dos Pacientes; Paciente Idoso; Vulnerabilidade.

ABSTRACT

The aim of this article is to discuss the autonomy of elderly patients in the context of medical health care from a relational perspective. Although national and international laws establish the need to stimulate and respect the autonomy of the elderly, few achievements are seen in this area, especially in the field of medical relations. From the conceptual study of autonomy under different lines of thought, namely, the traditional biomedical autonomy, autonomy seen from a sociological perspective and the relational autonomy defended by human rights, we sought to reflect on the situation of elderly patients, doubly vulnerable due to age and illness, and whose autonomy is not generally appreciated by health professionals and family members. The conclusion was that the most appropriate theoretical framework to characterize elderly patients' autonomy is relational autonomy, because only from the recognition of their special vulnerability and taking into account their values, culture, relationships and social context it is possible to understand them as a whole, to integrate them to the care process and motivate them to participate in the treatment. Human rights of patients endorse relational autonomy and acknowledge that to ensure the rights of elderly patients it is necessary to establish a network of social protection through public policies that make them visible to all, preserve their dignity, as well as motivate them to exercise their autonomy by making decisions that involve their health.

Keywords

Elderly Patients; Human Rights of Patients; Relational Autonomy; Traditional Autonomy; Vulnerability.

Introdução

A população brasileira passa por processo de envelhecimento, o que acarreta um novo olhar sobre os cuidados em saúde no país. No processo terapêutico, as relações que se estabelecem são muitas vezes dissociadas: de um lado figuram profissionais de saúde tecnicamente preparados para apresentar os tratamentos que entendem adequados; de outro lado, um paciente vulnerável, comprometido pela doença, muitas vezes discriminado pela idade e que não consegue se posicionar a respeito do tratamento que lhe é oferecido. Em uma situação paralela, vivencia-se a intermediação ou mesmo a ingerência da família ou de pessoas do relacionamento do paciente idoso no processo de cuidado em saúde. Diante de tal quadro, indaga-se como resguardar o desejo do paciente idoso, fragilizado pela doença e pela idade, e garantir sua autodeterminação diante de uma cultura de cuidados cuja tendência é menosprezar a capacidade do paciente idoso em administrar sua saúde e sua vida.

A despeito das mudanças demográficas, os direitos humanos dos pacientes idosos ainda não são amplamente reconhecidos nas normativas e nos mecanismos internacionais de direitos humanos. As especificidades das demandas da população idosa requerem políticas compatíveis com o processo acelerado de envelhecimento vivenciado pelas sociedades contemporâneas, de modo que profissionais da saúde, familiares e cuidadores de pacientes idosos compreendam as dimensões do envelhecer e sejam capazes de respeitar a autonomia da pessoa idosa que precisa de cuidados em saúde. Um grande obstáculo a ser transposto é o preconceito e o estereótipo em relação à pessoa idosa, pois o menosprezo à autodeterminação do paciente idoso leva a relações de cuidados superficiais, permeadas por posturas paternalistas e pela falta de informação e de um ouvir atento ao paciente, comprometendo, assim, o exercício da autonomia nas decisões acerca dos cuidados, bem como prejudicando os bons resultados da terapêutica¹.

A Lei n. 10.741/2003², que aprovou o Estatuto do Idoso, assim como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída pela Portaria n. 2.528/2006³, estabelecem como um de seus objetivos a promoção da autonomia, independência e participação ativa da pessoa idosa na sociedade. No âmbito internacional, foi adotada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) a *Convenção Interamericana sobre*

¹CUNHA, J. X. P.; OLIVEIRA, J. B.; NERY, V. A. S.; SENA, E. L. S.; BOERY, R. N. S. O, YARID, S. D. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. *Saúde debate* [online], Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 657-664, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a18v36n95.pdf>>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400018>.

²BRASIL. *Lei 10.741, de 01 outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 24 fev. 2017.

³BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.528, de 01 de outubro 2006*. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2017.

a *Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas*⁴. No tratado internacional, além da ênfase ao combate a toda forma de discriminação, inclusive por razão de idade, ressaltou-se, dentre os princípios gerais, o respeito à “dignidade, independência, protagonismo e autonomia do idoso” (art. 3º, “c”). Reconheceu-se, ainda, que à pessoa idosa incumbe o direito de tomar suas próprias decisões e definir seu curso de vida, “desenvolver uma vida autônoma e independente, conforme suas tradições e crenças, em igualdade de condições, e dispor de mecanismos para poder exercer seus direitos” (art. 7º). Apresenta-se em destaque na Convenção, portanto, a necessidade de respeito à autonomia da pessoa idosa na tomada de decisões, inclusive no que se refere ao aspecto da saúde, em que se assegura o direito irrenunciável de manifestação do consentimento livre e informado, bem como de modificá-lo ou revogá-lo a qualquer tempo e em qualquer situação de intervenção em saúde (art. 11).

Apesar dos avanços diversos trazidos pela legislação internacional e nacional e pelas políticas de saúde da pessoa idosa, *Cunha et al.*⁵ afirmam que existe uma carência de pesquisas voltadas à autonomia desse grupo populacional. Para que os dilemas surgidos nas relações de cuidados sejam eticamente enfrentados, é necessário compreender, primeiramente, no que consiste a autonomia do paciente idoso, suas peculiaridades e abrangência, levando-se em conta que cada sujeito, em sua singularidade, faz escolhas baseadas em uma realidade social particular. Não só o poder de decidir, mas também a forma de se autodeterminar são fatores que fundamentam a autonomia.

No que se refere ao respeito à autonomia, ainda que haja um consenso acerca da importância da participação de um paciente consciente e bem informado no processo de tratamento, interpretações diversas têm sido dadas ao termo, umas mais abrangentes, outras menos. *Albuquerque*⁶ aponta que há uma valorização excessiva da autonomia na Bioética, sobretudo na estadunidense, e que nos direitos humanos ela tem uma importância ímpar, pois é elemento constitutivo da dignidade humana “ao prescrever o direito de toda pessoa de se autodeterminar, em consequência, de precisar o que pode ser feito com seu corpo”. Assim, este estudo tem como objetivo analisar a autonomia do paciente idoso no contexto dos cuidados em saúde sob a perspectiva relacional. Para tanto, parte-se da investigação dos conceitos de autonomia sob diferentes perspectivas teóricas, quais sejam, a autonomia tradicional biomédica, a autonomia vista sob o prisma sociológico (enfocado na padronização social das condutas e dos modos de agir em sociedade) e, por fim, a autonomia relacional, a qual foi escolhida como arcabouço teórico para este exame do exercício da autonomia pelo paciente idoso.

⁴ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS – OEA. *Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos, de 15 de junho de 2015*. Disponível em: <<http://fiapam.org/wp-content/uploads/2015/07/OEA-Convenc%C3%B3n-portugu%C3%A9s.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

⁵CUNHA, J.X.P.; OLIVEIRA, J.B.; NERY, V.A.S.; SENA, E.L.S.; BOERY, R.N.S.O.; YARID, S.D. op. cit.

⁶ALBUQUERQUE, A. *Direitos humanos dos pacientes*. Curitiba: Juruá, 2016. p. 80.

Metodologicamente, realizou-se pesquisa de revisão bibliográfica, com base no princípio do respeito à autonomia desenvolvido por *Beauchamp e Childress*⁷, na visão de autonomia defendida por *Durkheim*⁸ (escolhido por apresentar importante contraponto à bioética principialista), e nas acepções de autonomia relacional formuladas por *Ells et al.*⁹, por *Herring*¹⁰ e *Albuquerque*¹¹, além de reflexões trazidas por outros autores sobre o tema. Em correspondência aos conteúdos assinalados, estruturou-se o presente trabalho em partes: a primeira trata dos conceitos diametralmente opostos de autonomia apresentados por *Beauchamp e Childress* e por *Durkheim*; após, aborda-se o princípio da autonomia relacional como alternativa à noção tradicional de autonomia; por fim, a terceira trata das peculiaridades do exercício da autonomia pelo paciente idoso a partir de seu aspecto relacional. A seguir, passa-se à abordagem da autonomia sob a perspectiva da elaboração teórica desenvolvida pela bioética principialista.

I. O princípio do respeito à autonomia na visão da bioética principialista

A partir do estudo do princípio do respeito à autonomia sob o prisma biomédico defendido por *Beauchamp e Childress*, é possível verificar a existência de posições antagônicas acerca do que seja autonomia e sua forma de exercício.

Embora *Beauchamp e Childress* afirmem que o princípio do respeito à autonomia possui a mesma força dos demais princípios por eles apresentados, quais sejam, beneficência, não maleficência e justiça, verifica-se que à decisão do paciente ou participante de pesquisa confere-se lugar de maior peso dentro do processo terapêutico ou no campo da pesquisa do que aos demais. Para a bioética principialista de *Beauchamp e Childress*, o respeito à autonomia adquire a condição de um superprincípio.

*Beauchamp e Childress*¹² destacam a relação da autonomia com a ideia de autogoverno, a partir da qual o indivíduo seria livre de controle, interferência ou qualquer limitação que o impedisse de exercer uma escolha esclarecida. Para eles, um sujeito autônomo é aquele que age livremente, de acordo com seu próprio planejamento, e chegou mesmo a comparar essa autonomia “a um governo independente que gere os seus territórios e estabelece suas políticas”¹³. Os autores consideram que as pessoas não autônomas são apenas aquelas que estão sob o poder coercitivo

⁷BEAUCHAMP, T; CHILDRESS, J. *Principles of biomedical ethics*. 7th ed. New York; Oxford: Oxford University Press, 2013.

⁸DURKHEIM, E. *As regras do método sociológico*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

⁹ELLS, C.; HUNT, M. R.; EVANS, J. C. Relational autonomy as an essential component of patient-centered care. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, v. 4, n. 2, p. 79-101, 2011.

¹⁰HERRING, J. *Vulnerable adults and the law*. Oxford: Oxford University Press, 2016.

¹¹ALBUQUERQUE, A. op. cit.

¹²BEAUCHAMP, T; CHILDRESS, J. op. cit.

¹³Id. Ibid., p. 101.

de outros ou que não têm capacidade de deliberação. Citam como exemplo duas situações: as pessoas privadas de liberdade e as pessoas com comprometimentos mentais severos. Também observam que a obrigação de respeito à autonomia não engloba as pessoas que não podem agir de uma maneira considerada suficientemente autônoma, ou seja, pessoas imaturas, ignorantes, incapacitadas, coagidas ou exploradas, como os pacientes que são crianças ou que fazem uso abusivo de drogas. Levando-se em conta, portanto, pessoas competentes – sem qualquer tipo de comprometimento capaz de tolher as escolhas diárias –, um sujeito autônomo seria aquele que age com intencionalidade, compreensão e livre de qualquer influência que possa controlar suas ações¹⁴.

Segundo os autores, a influência de determinadas autoridades sobre as pessoas, tais como o governo ou a religião, não é capaz de comprometer o exercício da autonomia. Destacam que não se pode confundir autoridade com autonomia, e que esta última é exercitável a despeito da primeira “se indivíduos exercitarem sua autonomia em escolhendo aceitar uma instituição, tradição ou comunidade que eles enxerguem como fontes legítimas de direção”¹⁵. Ou seja, o fato de se comungarem normas morais com determinadas instituições não impede a aceitação autônoma dessas normas.

Embora reconheçam a pertinência de críticas que apontam para o risco de um conceito de autonomia que seria muito restrito e que não leva em consideração “as emoções, a vida comum, o contexto social, a interdependência, a reciprocidade, assim como o desenvolvimento das pessoas com o passar do tempo”¹⁶, os autores consideram que a autonomia relacional só é defensável “se não negligenciar ou obscurecer as principais características da autonomia”¹⁷. Para sustentar tal posição, citam uma pesquisa utilizada por seus críticos, mas com conclusão inversa à destes. Tal estudo mostrou que migrantes de determinadas nacionalidades nos Estados Unidos preferiam não ser informados de sua condição de saúde, delegando a decisão a familiares. Argumentam *Beauchamp e Childress*¹⁸ que tais pessoas foram questionadas se queriam ser informadas ou não e decidiram delegar, e o próprio ato de delegar é um exercício da autonomia.

*Beauchamp e Childress*¹⁹ consideram, então, que todo adulto é competente e capaz de ações autônomas na ausência de qualquer fator que gere incompetência ou incapacidade. Desse modo, pacientes idosos seriam considerados plenamente autônomos se capazes de compreender, ainda que não de forma absoluta, a informação médica, de julgar o seu conteúdo, de decidir com a intencionalidade de produzir

¹⁴BEAUCHAMP, T; CHILDRESS, J. op. cit.

¹⁵Id. Ibid., p. 105.

¹⁶Id. Ibid., p. 106.

¹⁷Id. Ibid., p. 106.

¹⁸Id. Ibid.

¹⁹Id. Ibid.

determinado resultado e de comunicar livremente seus desejos a seus cuidadores. No que toca à visão dos autores, pode-se pontuar que não dão peso suficiente ao fato de que cada paciente idoso é único, lida com a doença de forma diferente e apresenta graus diversos de compreensão, assim como sua capacidade de enfrentar as pressões externas difere em razão de suas particularidades pessoais. Desse modo, um paciente idoso não incapacitado pela doença pode ser incapaz de exercer sua autonomia por motivos que nada têm a ver com competência para decidir, como, por exemplo, nos casos de relacionamentos abusivos, meio social repressivo ou políticas institucionais inadequadas.

Assim, apesar da grande difusão da visão principialista no meio biomédico, teorias sobre a autonomia e suas implicações vêm se expandindo e se desenvolvendo. *Albuquerque*²⁰ ressalta a existência de críticas que questionam o efetivo exercício da autonomia, no sentido tradicional do princípio, uma vez que o que se vê, muitas vezes, é que o paciente simplesmente deseja concordar com a iniciativa do profissional da saúde em razão da dificuldade de exercer a autonomia em um momento de vulnerabilidade.

Na visão principialista, o sujeito autônomo seria alguém que, além da capacidade cognitiva plena, estaria imune a qualquer fator externo. Ao mencionarem que pessoas não autônomas são apenas aquelas que estão sob o poder coercitivo de outros, *Beauchamp e Childress* vislumbraram apenas a dominação física ou moral explícita de um ser por outro. Os teóricos não levaram em conta uma infinidade de elementos externos capazes de influenciar as decisões de pacientes que, ainda que esclarecidos e informados, encontram-se em situação de fragilidade. Com efeito, o exercício da autonomia pelo paciente idoso deve ser entendido sob um espectro mais amplo, examinado no contexto de seus relacionamentos e a partir do reconhecimento de que os seres humanos constroem suas deliberações no seio de suas relações intersubjetivas²¹. A visão que apresentam sobre a autonomia é, portanto, questionável, conforme posição ilustrada por *Durkheim* acerca do tema e que será adiante debatida.

II. Crítica à perspectiva principialista de autonomia com base na teoria de Durkheim

O presente trabalho não tem a intenção de tecer reflexões aprofundadas sobre a teoria de Durkheim, mas vale-se de seu pensamento para realizar uma crítica à perspectiva tradicional biomédica de autonomia com base em tal arcabouço teórico.

Para *Durkheim*²², a sociedade não é um grupo de pessoas que vive em uma mesma posição geográfica. Distintamente, entende que a sociedade é formada por ideias,

²⁰ALBUQUERQUE, A. op. cit.

²¹HERRING, J. op. cit.

²²DURKHEIM, E. op. cit.

crenças e sentimentos diversos realizados por indivíduos, cuja reunião de consciências é responsável pela formação de uma consciência coletiva. Segundo o autor, não existe um “eu” individual, de ideias próprias, condutas únicas e sentimentos não influenciáveis. As ideias que nos surgem, nossas manifestações e condutas são frutos dos fenômenos sociais dos quais fazemos parte. Em seu entendimento, portanto, a consciência individual não determina as ações de uma pessoa, ao contrário, sofre os efeitos da consciência coletiva. O autor aponta que, ainda que possamos perceber a realidade dos sentimentos experimentados, tal realidade não deixa de ser objetiva, “pois não fui eu que os fiz, mas os recebi pela educação”²³. Assim, *Durkheim* busca demonstrar a exterioridade dos fatos sociais, ou seja, a execução das tarefas, a observância dos compromissos e o cumprimento dos deveres, ainda que em consonância com o que o indivíduo sente interiormente, são definidos fora do sujeito, no direito e nos costumes. Dessa maneira, os fenômenos sociais não coincidem com os fenômenos orgânicos, tampouco com os psíquicos, pois, além de não se dirigirem ao indivíduo, mas à sociedade como um todo, impõem a maneira de agir em grupo e são dotados de poder de coerção²⁴.

Durkheim define “fato social” da seguinte forma:

É fato social toda maneira de fazer, fixada ou não, suscetível de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior; ou ainda, toda maneira de fazer que é geral na extensão de uma sociedade dada e, ao mesmo tempo, possui uma existência própria, independente de suas manifestações individuais²⁵.

Segundo o autor, portanto, o fato social é geral, externo e coercitivo, ou seja, é distinto de suas repercussões individuais e se repete em todos os indivíduos, de forma inconsciente; nasce fora do indivíduo, a partir de costumes e códigos de condutas pré-estabelecidos, e sua não observância sujeita o indivíduo a sanções de toda sorte. No que diz respeito às sanções, o autor aponta que a força imperativa e coercitiva do fato social pode ser percebida de maneiras diversas. Se nos conformamos voluntariamente às condutas socialmente impostas, a coerção é desnecessária e não se faz sentir. Ao contrário, a resistência ou a violação às regras age contra o próprio sujeito, que se vê obrigado a enquadrar-se ao padrão esperado, quer pela imposição de penalidades jurídicas, como ocorre no caso de violação às leis, quer pela aplicação de penas morais.

*Durkheim*²⁶ mostra-se duro com relação àqueles que ele denomina “zelosos defensores de um individualismo absoluto”. Alega que aquele que defende o individualismo se cre “perfeitamente autônomo” e se julga diminuído “sempre que mostramos que ele não depende apenas de si mesmo”²⁷. Segundo o autor, não somos nós que elabo-

²³DURKHEIM, E. op. cit., p. 2.

²⁴Id. Ibid.

²⁵Id. Ibid., p. 13.

²⁶Id. Ibid., p. 4.

²⁷Id., loc. cit.

ramos nossas ideias, pois elas vêm de fora, de maneiras pré-concebidas e influenciadas pelo contexto em que vivemos. O fato social só existe onde há organização definida, e é de tal organização que nascem as regras jurídicas e morais, os dogmas religiosos, os sistemas financeiros e a modas, que definem nossas condutas e nosso modo de ser²⁸.

O autor vê as instituições sociais como mecanismos de proteção da sociedade. Cada instituição social, seja família, igreja, escola, governo ou polícia, é responsável por instituir um conjunto de regras e procedimentos padronizados socialmente, reconhecidos, aceitos e sancionados pela sociedade, cuja importância estratégica é manter a organização do grupo e satisfazer as necessidades dos indivíduos que dele participam. As instituições são conservadoras por essência e agem contra as mudanças, com o pretexto de manutenção da ordem.

*Durkheim*²⁹ ressalta que a educação que infligimos às crianças, desde a mais tenra idade, tem como objetivo produzir o ser social. À medida que os padrões são assimilados, as coerções sociais dão origem aos hábitos, o que nos leva a deixar de senti-las explicitamente. Vê-se, pois, que, segundo o pensamento de *Durkheim*, a palavra “autonomia” tem sentido diverso daquele difundido pela bioética principialista de *Beauchamp e Childress*. Sendo assim, com base em *Durkheim*, não existe autonomia dissociada do meio em que o sujeito vive, pois a consciência individual não é distinta da consciência da sociedade da qual faz parte.

Assim, quando *Durkheim* pondera que o indivíduo faz parte do meio físico e social, situa o exercício da autonomia como um ideal de difícil realização, pois dependeria sempre das relações intersubjetivas e dos modos de organização social³⁰. Por outro lado, ainda que a posição de *Durkheim* possa suscitar críticas pelo peso excessivo conferido à sociedade no exercício da autonomia, sua acepção é relevante por destacar a influência das instituições na formação e proteção do indivíduo. Assim, pensar a autonomia do paciente idoso a partir de *Durkheim* seria concebê-la como resultado de uma articulação de relações intersubjetivas, ou seja, algo que ocorreria no contexto da interdependência e da solidariedade que unem as pessoas. Nesse sentido, a solidariedade e o respeito mútuo preconizados por *Durkheim* se amoldam ao pensamento de *Herring*³¹, que defende que, para a compreensão da autonomia do paciente idoso, é preciso entender que as decisões humanas se conectam com forças externas, bem como as escolhas pessoais interagem com os relacionamentos travados por cada indivíduo. Logo, decisões e escolhas refletem, em maior ou menor grau, obrigações recíprocas – o que, para *Herring*, não significa que se deva abandonar a ideia de autonomia pessoal, mas sim que é necessário repensá-la sob o aspecto relacional.

²⁸DURKHEIM, E. op. cit

²⁹Id. Ibid.

³⁰DURKHEIM, E. *Lições de sociologia*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

³¹HERRING, J. op. cit.

Seguindo tal prisma, a autonomia tradicional que se invoca não seria passível de ocorrência prática, porquanto se revela impregnada de fatores externos e indissociáveis da condição humana. Passa-se, assim, à análise da autonomia relacional defendida pelos Direitos Humanos dos Pacientes como alternativa à autonomia tradicional biomédica antes tratada.

III. Autonomia relacional como proposta alternativa à noção tradicional de autonomia

A ideia da existência de uma autonomia relacional não é nova e encontra-se de certa forma imbricada com o pensamento sociológico de *Durkheim*. Apesar de *Beauchamp* e *Childress* reconhecerem sua existência, refutam-na por concebê-la como elemento capaz de viciar a formação de uma autonomia plena. No campo dos direitos humanos dos pacientes, ramo do Direito Internacional dos direitos humanos que trata da incidência das normas de direitos humanos na esfera dos cuidados em saúde, um dos princípios norteadores é o da autonomia relacional. Segundo *Albuquerque*³², nos direitos humanos a autonomia supera o sentido tradicional do princípio baseado na noção de que as escolhas do paciente são frutos isolados de seus interesses e racionalidade, endossando, assim, a ideia de autonomia relacional, que, apesar de entender o paciente como fonte principal da decisão e responsável pelo seu cuidado, vislumbra-o entrelaçado por uma rede (seus meios sociais, culturais e econômicos). No âmbito da saúde, o resgate de tal noção se faz importante para o exame da aplicação e do alcance da autonomia do paciente idoso, conforme adiante se verá.

A perspectiva social da autonomia foi resgatada por filósofas feministas, que chamaram a atenção para a necessidade de se incluírem os aspectos relacionais da autonomia como elementos integrantes da autonomia tradicional. Desse modo, buscou-se auxiliar pacientes na tomada de decisões e profissionais da saúde, na melhor compreensão dos limites dessa autonomia, contribuindo-se, assim, para uma melhor relação entre os envolvidos no processo terapêutico. De acordo com *Ells et al.*³³, o termo “autonomia relacional” refere-se à concepção de autonomia que a vincula aos aspectos sociais da vida do indivíduo, ou seja, sua conexão integral com a política, economia, raça, sexo, cultura, experiências de vida, interações com outros e anseios pessoais. Em uma abordagem relacional, a autonomia emerge de dentro e em decorrência dos relacionamentos existentes, e as relações com os outros e com as instituições sociais suportam ou limitam a autonomia. Portanto, além do respeito ao direito do paciente de fazer escolhas informadas, o profissional da saúde deve atentar ainda para a construção pessoal da identidade por cada paciente. Se a autonomia é desenvolvida e realizada dentro de um contexto social, é necessário estabelecer um contexto social adequado e que ofereça suporte ao paciente, de

³²ALBUQUERQUE, A. op. cit.

³³ELLS, C.; HUNT, M. R.; EVANS, J. C. op. cit.

modo que este possa participar das decisões, tirar dúvidas e ser ouvido, bem como responsabilizar-se por seus atos. As autoras entendem que promover e dar suporte à autonomia do paciente requer a colaboração de outras pessoas, mas que não há uma fórmula única para isso, pois o ser humano é complexo, assim como as relações e circunstâncias que o cercam.

Para incrementar os resultados positivos dos cuidados em saúde, aponta-se que a adoção da autonomia relacional traz inúmeras vantagens para o processo terapêutico, quais sejam: melhor entendimento e aplicação do princípio da autonomia pelos profissionais da saúde; maior compreensão das escolhas do paciente, levando-se em conta a complexa natureza do ser humano e as relações sociais que o envolvem; decisões compartilhadas e relações personalizadas entre pacientes e profissionais da saúde, que conferem maior eficácia ao tratamento; fortalecimento dos cuidados centrados no paciente, evitando-se o paternalismo. Ainda, o reconhecimento da autonomia relacional propicia condutas proativas por parte dos profissionais da saúde, no sentido de criar condições que promovam o desenvolvimento da autonomia pelo paciente, ou seja, ações que estimulem a confiança do paciente em relação aos profissionais, o entendimento sobre como gerenciar aspectos específicos de sua saúde e a capacidade do paciente e da família de relatar fatos importantes no desenvolvimento da doença, minimizando as barreiras de acesso e gerando oportunidades que dão suporte à sua saúde e ao bem-estar³⁴.

O estudo desenvolvido por *Ells et al.*³⁵ apontam para a necessidade de educação/formação tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde acerca da natureza da autonomia relacional e de como respeitá-la. A educação sobre o respeito à autonomia relacional requer desenvolvimento da comunicação e das habilidades interpessoais, incluindo um ouvir atento e reflexivo, bem como um falar claro e compreensível. O paciente e a família devem compreender sua relação com o profissional da saúde, o funcionamento do sistema de saúde, o papel de sua responsabilidade e os limites de sua autoridade. Promover a autonomia envolve ajudar o paciente a ajustar suas expectativas, entender sua posição face à doença, identificar-se e adaptar-se às limitações da enfermidade. Para as autoras, os cuidados devem começar por uma avaliação psicossociológica do paciente, para que se possa entendê-lo como um todo. Nesse sentido, sugere-se a instituição de políticas e práticas que ajudem o profissional da saúde a criar oportunidades de envolver os pacientes e seus familiares significativamente no processo de tratamento, de modo a apoiar o paciente no direcionamento de seus próprios cuidados, ou seja, políticas que estimulem o paciente ao autocuidado, a fazer perguntas, discutir, explorar melhor a doença, compreender o termo de consentimento informado e recusar eventual tratamento. Com relação aos profissionais e instituições, estes aprenderiam a ter mais flexibilidade e maior capacidade de se adaptar às necessidades específicas do paciente e de sua família.

³⁴ELLS, C.; HUNT, M. R.; EVANS, J. C. op. cit.

³⁵Id. Ibid.

*Herring*³⁶ também enfatiza a importância da autonomia relacional e discute o tema a partir da posição do paciente idoso, apontando a forte ligação existente entre vulnerabilidade, cuidados e autonomia. Para o autor, vulnerabilidade e dependência são fatores universais e, assim como precisamos dos cuidados alheios quando somos crianças, tal necessidade se potencializa a partir do momento em que adoecemos ou envelhecemos. A senescência e o desenvolvimento de alguma forma de dependência são comumente usados para estigmatizar pessoas idosas e lhes negar o exercício da autonomia, ainda que os sujeitos incluídos nessa categoria sejam física e mentalmente capazes. O autor demonstra uma posição contrária à noção tradicional de que o paciente autônomo é aquele que decide por si só e no seu melhor interesse, apontando que nossas vidas, na verdade, baseiam-se em relacionamentos intersubjetivos. *Herring*³⁷ ressalta que a visão de autonomia deve amparar-se na promoção de valores como amor, lealdade, amizade e cuidados, a partir dos quais poderemos compreender que a pergunta mais adequada não é simplesmente “o que é melhor para mim?”, mas sim, dada a responsabilidade de um ser humano em relação ao outro, “qual o curso de ação mais apropriado?”³⁸. O autor defende a necessidade de se examinar a decisão das pessoas a partir de seus relacionamentos e das obrigações que umas têm em relação às outras. As decisões sobre cuidados, além das evidências médicas que devem ser levadas em consideração, envolvem a forma com que o paciente idoso foi educado, sua raça, sua cultura, sua classe social e o suporte familiar na tomada de decisões, ou seja, o que chamamos de consentimento informado não é garantia suficiente para o exercício da autonomia. A influência da família e de fatores sociais é inevitável nos processos terapêuticos, por isso o autor afirma que os elementos sociorrelacionais são essenciais para a compreensão do desenvolvimento da capacidade de tomada autônoma de decisões.

*Herring*³⁹ aponta que é preciso reconhecer, no entanto, que as relações sociais podem tanto prejudicar quanto promover a autonomia. Os relacionamentos atuam de forma negativa quando influenciam o conteúdo da decisão ou viciam sua autenticidade, como ocorre em situações de abuso doméstico ou por parte de profissionais da saúde, em que a pessoa idosa é privada de autorrespeito, autoestima e dignidade, tornando-se, assim, incapaz de tomar decisões baseadas em suas preferências e desejos. Quando uma pessoa vulnerável, como é o caso do paciente idoso, tem abalada sua autodeterminação, tende a ceder às preferências e vontades de terceiros e, assim, torna-se facilmente manipulável. Ao contrário, um paciente idoso que se sente respaldado pelo meio em que vive preserva seu senso de identidade e de autodeterminação. O autor chama a atenção para o fato de que exercer a autonomia não é simplesmente invocar a capacidade de decidir sobre a própria vida, como afirmam os defensores da autonomia tradicional. Para ele, devemos entender que o exercício da autonomia está

³⁶HERRING, J. op. cit.

³⁷Id. Ibid.

³⁸Id. Ibid., p. 67.

³⁹Id. Ibid.

atrelado a nossos relacionamentos e que, para respeitá-la, é preciso reconhecer as responsabilidades que estão associadas a nossas relações. Portanto, a noção de autonomia “torna-se menos ter o meu próprio caminho, e mais uma negociação entre pessoas diferentes sobre como suas vidas, interconectadas, podem florescer”⁴⁰.

Assim, de acordo com o estudo de *Herring*, somos todos vulneráveis e nosso bem-estar depende das redes de proteção social. Em situação de doença, a vulnerabilidade se agrava, sobretudo para certos grupos, exigindo uma especial proteção aos vulneráveis por parte dos envolvidos nos cuidados, que devem estar atentos à interdependência que faz parte da natureza humana, bem como ao fato de que não somos detentores de interesses, direitos e responsabilidades que podem ser isoladamente considerados. Os debates éticos sobre autonomia devem ir além da noção tradicional de autonomia, iniciando uma abordagem a partir da noção de vulnerabilidade universal, à qual devem ser conjugadas as vulnerabilidades específicas. *Herring*⁴¹ propõe uma reflexão interessante sobre como podemos ser autônomos de forma plena se raramente temos conhecimento suficiente sobre os fatos, valores e compromissos atrelados a nossos próprios valores, e se não estamos imunes a pressões externas para sermos plenamente autônomos. Para ele, isso não quer dizer que nossos desejos e vontades não devam ser respeitados, mas que devemos reconhecê-los como produtos de um processo complexo. Outro aspecto por ele apontado é que muitas pessoas tomam decisões com base em seus relacionamentos, mas não simples decisões sobre como conduzir a própria vida, e sim decisões que consideram as obrigações e responsabilidades que temos em relação ao outro e que, por impactar a vida alheia, devem ser tomadas em conjunto. Assim, segundo o autor, não se pode perder de vista a necessidade de reconhecimento de que nossa vulnerabilidade universal significa que precisamos uns dos outros.

É possível verificar uma aproximação do pensamento de *Herring* com a posição de *Durkheim* anteriormente apresentada, ou seja, de que somos frutos das relações sociais das quais fazemos parte e dependemos das redes de proteção formadas pelas instituições que nos cercam (família, escola, igreja, governo). O “eu” encontra-se impregnado de influxos coletivos que nos impõem maneiras de agir e não está livre de alguma dose de coerção, independentemente da capacidade sob a ótica jurídica. Assim, as decisões pessoais não deixam de sofrer influência, ainda que de forma inconsciente, de elementos externos⁴². Isso não quer dizer que os desejos e vontades do paciente idoso não devam ser respeitados, mas que é importante reconhecê-los como produtos de um processo complexo. Adotando uma posição mais branda que *Durkheim*, *Herring*⁴³ afirma que as pessoas tomam decisões com base em seus relacionamentos, porquanto consideram as obrigações e responsabilidades

⁴⁰HERRING, J. op. cit., p. 69.

⁴¹Id. Ibid.

⁴²DURKHEIM, E. op. cit.

⁴³HERRING, J. op. cit.

que têm para com o outro e que, por impactar a vida alheia, devem ser tomadas em consideração. Assim, segundo o autor, não se pode perder de vista a necessidade do reconhecimento de que a vulnerabilidade humana universal significa a impossibilidade de se viver desatado dos laços sociais.

*Albuquerque*⁴⁴ reconhece que existe um risco de que o peso excessivo dado à família ou à sociedade no processo de tratamento minimize as escolhas dos pacientes. No entanto, a autora preconiza que a adoção da autonomia relacional não tem como intuito desconstituir a decisão do paciente como principal elemento de direcionamento da terapêutica; ao contrário, visa a apresentar uma alternativa à noção tradicional de autonomia no âmbito dos cuidados, mediante a ampliação do olhar sobre o indivíduo, que, situado em seu meio de forma concreta, estará mais capacitado para fazer suas escolhas. Para a autora, o “princípio da autonomia relacional é útil na análise de casos relacionados aos Direitos Humanos dos Pacientes, pois chama atenção para o exame da autonomia do paciente à luz do contexto concreto em que se insere”⁴⁵.

IV. O paciente idoso e o exercício da autonomia

Estudos revelam que o exercício da autonomia pelo paciente idoso encontra óbice em seu reconhecimento como pessoa apta a julgamentos, ou seja, alguém capaz de tomar decisões e conduzir a própria vida. A tendência que se observa, por parte tanto dos profissionais da saúde quanto dos próprios familiares, é a rotulação da pessoa idosa como improdutiva, dependente, submissa e com a capacidade diminuída⁴⁶. A visão de que o paciente idoso é incapaz de tomar decisões repercute na área da saúde e leva os profissionais a não buscarem o consentimento do paciente de forma adequada⁴⁷. *Saquetto et al.*⁴⁸ ressaltam que o processo de envelhecimento da população brasileira não foi acompanhado pela adequada valorização social da pessoa idosa e que, paradoxalmente, se de um lado “declara-se por diplomas legais o respeito aos idosos; por outro, fica claro o descaso para com esses idosos, considerados pesos para a sociedade”⁴⁹.

Envelhecer não significa se inabilitar. Atitudes relacionadas à idade muitas vezes nada têm a ver com a falta de capacidade, mas sim com o modo como a sociedade é estruturada. O Estado tem o dever de proteger pessoas vulneráveis contra abusos, como é o caso do paciente idoso. Apesar de a legislação nacional e

⁴⁴ALBUQUERQUE, A. op. cit.

⁴⁵Id. Ibid., p. 83.

⁴⁶CUNHA, J. X. P.; OLIVEIRA, J. B.; NERY, V. A. S.; SENA, E. L. S.; BOERY, R. N. S. O, YARID, S. D. op. cit.

⁴⁷GROVER, A. Estudio temático sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores realizado por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover. *Official Documents System of the United Nations*, 4 July 2011. Disponível em: <<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G11/143/61/PDF/G1114361.pdf?OpenElement>>. Acesso em: 31 jan. 2017.

⁴⁸SAQUETTO, M., SCHETTINO, L., PINHEIRO, P., SENA, E. L. S., YARID, S. D., GOMES FILHO, D. L. Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. *Revista Bioética*. [online], 21, n. 3, p. 518-524, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a16v21n3.pdf>>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300016>.

⁴⁹Id. Ibid., p. 523.

internacional abordar a necessidade de reconhecimento da autonomia da pessoa idosa, poucas medidas práticas são constatadas e parca literatura existe acerca das peculiaridades da autonomia do paciente idoso e de como efetivamente estimular e assegurar seu exercício nas relações de cuidados em saúde.

Para que um paciente idoso possa de fato exercer sua autonomia, é preciso, inicialmente, que compreendamos certas especificidades que tornam tal grupo especialmente vulnerável e, portanto, mais sujeito ao comprometimento da autonomia. O envelhecer apresenta duplo aspecto: o da senescência, entendido como um envelhecimento natural e saudável do corpo como um todo, e o da senilidade, em que se pode observar a associação de processos patológicos não saudáveis⁵⁰. A pessoa idosa, ainda que goze de boa saúde, passa por um processo de perda de mobilidade, audição e visão, torna-se menos ágil mentalmente e, com isso, demora mais a compreender o que se passa a sua volta, bem como apresenta maior dificuldade em expressar seus pensamentos e vontades. O resultado disso é que, sob o pretexto de poupar a pessoa idosa dos dissabores das doenças e de buscar apressar as tomadas de decisões terapêuticas, profissionais da saúde e a própria família creem-se mais aptos a determinar o que é melhor para o paciente idoso. Assim, assumem, por vezes, posturas paternalistas ou mesmo atitudes egoístas por ser mais cômodo definir quais cuidados prestar.

Comumente confunde-se dependência física com dependência para decidir e, não raro, não se atenta para o desejo do paciente idoso. Autonomia é uma necessidade básica que se encontra atrelada ao envelhecimento, e o ambiente social tem influência direta na determinação de como será vivida essa fase da vida, em seus comportamentos e atitudes⁵¹. Aponta-se que “pessoas idosas autônomas que apresentam convívio social efetivo, bem integradas às famílias, ampliam sua capacidade para recuperar-se dos agravos de saúde e aperfeiçoar sua longevidade”⁵². Nem todo paciente idoso que depende de cuidados de terceiros tem sua autonomia comprometida; o que ocorre é que não lhe é dada a chance de se posicionar e expressar seus desejos, pois estes muitas vezes estão em desalinho com a convicção do profissional da saúde ou a vontade da família, como no caso do paciente idoso que não quer se tratar e opta por cuidados paliativos.

Ainda que se trate de paciente com comprometimento cognitivo grave, destaca-se que a autonomia como competência para direcionar a própria vida não está atrelada apenas à capacidade cognitiva⁵³, devendo-se levar em conta para o

⁵⁰SAQUETTO, M., SCHETTINO, L., PINHEIRO, P., SENA, E. L. S., YARID, S. D., GOMES FILHO, D. L. op. cit.

⁵¹TEIXEIRA, Mirnas Barros. *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde*. 2002. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_cover&id=000034&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2017.

⁵²SAQUETTO, M., SCHETTINO, L., PINHEIRO, P., SENA, E. L. S., YARID, S. D., GOMES FILHO, D. L. op. cit., p. 519.

⁵³PELLUCHON, Corine. Taking vulnerability seriously: what does it change for bioethics and politics? In: MASFERRER, Aniceto; GARCÍA-SÁNCHEZ, Emilio (Eds.). *Human dignity of the vulnerable in the age of rights*. Valencia: Springer, 2016. p. 293-312.

exercício da autonomia fatores outros, como os desejos e valores que fazem parte da dimensão humana. Nos casos em que a autonomia encontra-se comprometida em decorrência de enfermidade grave ou limitações cognitivas, as relações da equipe de saúde devem ocorrer junto com a família, mas a escolha deve considerar a opção demonstrada pela pessoa idosa antes do comprometimento, como forma de resguardar sua autonomia⁵⁴. Dessa forma, profissionais da saúde e familiares devem contribuir para o desenvolvimento da autonomia do paciente idoso, mediante incentivo a sua participação no tratamento e na tomada de decisões e aos cuidados com a própria higiene e saúde, motivando ocupações cotidianas e relações sociais, ainda que se observe o declínio das capacidades e habilidades do paciente idoso⁵⁵.

A partir da situação de vulnerabilidade acrescida pela doença e pela idade, verifica-se que, para que possa exercer sua autonomia, o paciente idoso deve estar inserido em um contexto social que o respalde, o envolva e lhe dê segurança. Se para um paciente jovem é difícil envolver-se em seu tratamento de saúde, para a pessoa idosa tal situação se agrava, quer pela fragilidade gerada pela doença e pela idade, quer pela falta do suporte social necessário a sua autodeterminação. Portanto, não se pode esperar do paciente idoso o exercício de uma autonomia plena, desvinculada do meio que o cerca e dos valores agregados a sua vivência, na forma da autonomia tradicional defendida por *Beauchamp e Childress*. Como pessoa que se encontra em estado de vulnerabilidade agravada, a autonomia do paciente idoso é aquela endossada pelos direitos humanos, ou seja, uma autonomia relacional.

No âmbito dos direitos humanos, a autonomia relacional supera a ideia de que a escolha é fruto dos interesses e da racionalidade isolados do paciente para abarcar a noção de que autonomia é algo dinâmico e resultado de experiências intersubjetivas compartilhadas⁵⁶. Portanto, seguindo tal entendimento, o paciente idoso, para que tenha capacidade de se autodeterminar e exercer sua autonomia, deve estar cercado de uma rede de proteção e de cuidados que favoreçam um ambiente de cooperação, troca, compartilhamento e cumplicidade. Reconhecido como pessoa vulnerável, apoiado por seus relacionamentos e respeitado em suas decisões, estará motivado a participar do processo terapêutico, a partir de sua individualidade, valores, cultura e crenças. O suporte social não deve ser um substitutivo da vontade do paciente idoso, mas deve propiciar a expressão desta e assegurar o exercício da autonomia. Para isso, as políticas públicas devem estar atentas a esse grupo etário, no sentido de potencializar a autonomia da pessoa idosa a partir do

⁵⁴VISENTIN, A., LABRONICI, L., LENARDT, M. H. Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 509-513, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/appe/v20n4/en_20.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000400021>.

⁵⁵SAQUETTO, M., SCHETTINO, L., PINHEIRO, P., SENA, E. L. S., YARID, S. D., GOMES FILHO, D. L. op. cit.

⁵⁶ALBUQUERQUE, A. op. cit.

contexto sociorrelacional em que vive, por meio de ações preventivas e individuais, diminuição das diferenças sociais e um maior suporte institucional⁵⁷.

Considerações finais

O presente estudo demonstra que o termo “autonomia” e sua forma de respeito pelos profissionais da saúde devem ser repensados no meio médico, sobretudo no que diz respeito ao paciente idoso. A autonomia plena idealizada por *Beauchamp e Childress* mostra-se descontextualizada e de difícil exercício efetivo. O que se percebe é que o exercício da autonomia requer o reconhecimento da vulnerabilidade do ser humano, de sua interdependência e da necessidade de integração do elemento sociorrelacional nos cuidados. Diante disso, em um contexto de ética biomédica, ganha força a proposta de uma autonomia relacional, tal como defendido pelos direitos humanos dos pacientes.

Constata-se, no Brasil, a forte tendência de rotular o paciente idoso como pessoa incapaz de tomar decisões sobre os seus cuidados. Contudo, não se pode conceber que sejam tomadas decisões que lhe dizem respeito de forma paternalista, pois não cabe ao profissional da saúde ou ao familiar decidir, isoladamente, o que é melhor para o paciente idoso. Ao contrário, ele deve ser motivado a participar dos cuidados e a manifestar suas vontades de forma autônoma e a partir de seus valores.

Autonomia é uma capacidade socialmente construída, ou seja, seu exercício pelo paciente idoso ocorre a partir da integração do elemento relacional. Em razão de sua especial condição de pessoa vulnerável, deve-se reconhecer que autonomia não significa apenas obter do paciente idoso o seu consentimento informado. Mais do que isso, profissionais da saúde devem estar atentos às condições que afetam a capacidade da pessoa idosa de tomar decisões autônomas e que mitiguem sua vontade de participar do tratamento. Não se deve desvincular a autonomia do contexto relacional em que o paciente idoso vive, portanto há que se estabelecer uma rede de proteção que impeça que relacionamentos abusivos, meio social repressivo ou políticas institucionais inadequadas prejudiquem o desenvolvimento e o exercício da autonomia. Com efeito, frisa-se que o desrespeito à autonomia do paciente idoso constitui violação de seus direitos e caracteriza situação contrária aos direitos humanos.

Referências

ALBUQUERQUE, A. *Direitos humanos dos pacientes*. Curitiba: Juruá, 2016.

BEAUCHAMP, T; CHILDRESS, J. *Principles of biomedical ethics*. 7th ed. New York; Oxford: Oxford University Press, 2013.

⁵⁷SAQUETTO, M., SCHETTINO, L., PINHEIRO, P., SENA, E. L. S., YARID, S. D., GOMES FILHO, D. L. op. cit.

CUNHA, J. X. P.; OLIVEIRA, J. B.; NERY, V. A. S.; SENA, E. L. S.; BOERY, R. N. S. O, YARID, S. D. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. *Saúde debate* [online], Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 657-664, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a18v36n95.pdf>>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400018>.

DURKHEIM, E. *Lições de sociologia*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. *As regras do método sociológico*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ELLS, C; HUNT, M. R.; EVANS, J. C. Relational autonomy as an essential component of patient-centered care. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, v. 4, n. 2, p. 79-101, 2011.

GROVER, A. Estudio temático sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores realizado por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover. *Official Documents System of the United Nations*, 4 July 2011. Disponível em: <<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G11/143/61/PDF/G1114361.pdf?OpenElement>>. Acesso em: 31 jan. 2017.

HERRING, J. *Vulnerable adults and the law*. Oxford: Oxford University Press, 2016.

PELLUCHON, Corine. Taking vulnerability seriously: what does it change for bioethics and politics? In: MASFERRER, Aniceto; GARCÍA-SÁNCHEZ, Emilio (Eds.). *Human dignity of the vulnerable in the age of rights*. Valencia: Springer, 2016. p. 293-312.

SAQUETTO, M., SCHETTINO, L., PINHEIRO, P., SENA, E. L. S., YARID, S. D., GOMES FILHO, D. L. Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. *Revista Bioética*. [online], 21, n. 3, p. 518-524, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a16v21n3.pdf>>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300016>.

TEIXEIRA, Mirnas Barros. *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde*. 2002. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_cover&id=000034&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2017.

VISETIN, A., LABRONICI, L., LENARDT, M. H. Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 509-513, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/en_20.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000400021>.

Denise G. A. M. Paranhos - Doutora em Bioética pela Universidade de Brasília; especialista em Direito Tributário pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Analista Judiciário da Justiça Federal - Seção Judiciária de Goiás. Goiânia/GO, Brasil. E-mail: paranhos.denise@uol.com.br

Aline Albuquerque - Pós-Doutora em Direitos Humanos pela *University of Essex*. Colchester, Inglaterra. Professora da Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília; professora de Direitos Humanos do UniCEUB. Advogada da União. Brasília/DF, Brasil. E-mail: alineoliveira@hotmail.com